JUN 28 1890
LIBRARY ASS'N.

37e Année. — N° 17. Vendredi 25 Avril 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Gastrostomie pratiquée pour un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par MM. Berger et Canniot. — **Clinique médicale** : La nutrition dans l'hystérie, par MM. Gilles de la Tourette et H. Cathelineau. — **Bibliographie** : Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants par le Dr Guiraud. — **Académie de médecine**, séance du 22 avril 1890, présidence de M. Moutard-Martin : De la noix de kola. — Dystocie par tumeur rénale du fœtus. — Malformation faciale. — Fracture du calcanéum par écrasement. — Exploration du foie dans le diabète. — **Académie des sciences**, séance du 14 avril 1890, présidence de M. Hermite ; Anatomie générale. — Sur un bacille pseudo-typhique trouvé dans les eaux de rivière. — Sur les microbes de l'hémoglobinurie du bœuf. — La nutrition dans l'hystérie. — Opération du strabisme sans ténotomie. — **Société de chirurgie**, séance du 16 avril 1890, présidence de M. Nicaise : Du traitement de l'ectopie testiculaire. — Cholécysto-entérostomie — Crayon introduit dans la vessie. Fistule vésico-vaginale avec calcul. Fistule vésico-intestinale. — Accidents locaux des injections hypodermiques de cocaïne. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 18 avril 1890, présidence de M. Dumontpallier : Pleurésie dans le stade roséolique de la syphilis. — Tremblement hystérique chez un homme — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle**, séance du 23 avril 1890, présidence de M. Lagneau.— **Société française de dermatologie et de syphiligraphie**, séance du 10 avril 1890, présidence de M. Hardy. — **Nouvelles**. — **Feuilleton** : La langue internationale.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Gastrostomie pratiquée pour un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage,

par M. Berger,
Agrégé de la Faculté de médecine.
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
et M. Canniot.
Interne des hôpitaux.

L'observation que je viens vous soumettre, et qui a été recueillie par mon ancien interne, M. Canniot, présente plusieurs particularités dignes d'intérêt et qui méritent d'arrêter quelques instants votre attention. Ce n'est point seulement sur les indications que le cancer de l'œsophage fournit à la gastrostomie et sur la technique de cette opération que portent les remarques que je désire vous soumettre ; mais comme le malade sur qui je l'avais pratiquée est resté pendant plusieurs mois sous notre observation, il nous a été possible de suivre chez lui l'évolution de la maladie jusqu'à son terme et de nous rendre compte du bénéfice qu'il avait pu retirer de l'intervention chirurgicale au double point de vue du soulagement des douleurs et de la prolongation de l'existence que celle-ci devait lui valoir.

Voici d'abord l'histoire de ce malade, telle qu'elle a été recueillie par M. Canniot :

Observation. — Le nommé E, âgé de 42 ans, n'a jamais eu aucune maladie, si ce n'est une blennorrhagie à 19 ans, suivie à 37 ans d'un rétrécissement de l'urèthre qui a nécessité l'uréthrotomie interne. Il ne présente aucune trace de syphilis, mais il est manifestement alcoolique.

Son père est mort à 57 ans, d'un cancer de l'estomac.

La mère vit encore, elle est âgée de 76 ans.

Il a quatre sœurs bien portantes.

Début : L'affection qui le fait entrer à l'hôpital a commencé en octobre 1888, par une gêne marquée de la déglutition. Depuis, la dysphagie a été croissante et l'ingestion des aliments fréquemment suivie de régurgitations.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

FEUILLETON

LA LANGUE INTERNATIONALE.

Mon cher confrère et ami,

Vous me demandez de résumer pour les lecteurs de la *France médicale* notre petite discussion de l'autre jour. Je le fais avec d'autant plus de plaisir que je me suis passionné pour cette question, en raison de l'opposition qu'elle rencontre depuis plusieurs siècles, — à tort, suivant moi, — parmi les savants, qui ont fait partager leurs préventions au grand public.

Je me fais un devoir de ne pas abuser de votre hospitalité pour développer dans la *France médicale*, ce qui est devenu *ma* langue internationale. Ce n'est pas que je l'aie abandonnée. J'ai refondu cet hiver le travail que vous connaissez et qui n'était qu'une ébauche sans prétention. Je le refondrai de nouveau chaque hiver, et j'espère, vers 1892, présenter le *Spokil* à l'état adulte. Il verrait le jour plus tôt, si l'inspiration venait à quelqu'un de nos Mécènes de fonder un prix pour la meilleure langue internationale. Ce serait la manière la plus prompte de décider la question et le *Spokil* se présenterait à ce concours sans vergogne. Ce que j'en dis est pour faire qu'on y pense.

Mais, si je mets le *Spokil* hors de cause, je me trouve, d'autre part, très à l'aise à votre rez-de-chaussée pour élargir cette causerie et faire au besoin un peu d'école buissonnière.

I

La question a fait bien du chemin depuis l'avènement du Volapük.

C'est, si je ne m'abuse, en 1885, qu'une conférence de M. le prof. Kerckhoffs à l'école des Hautes-Etudes commerciales fit connaître pour la première fois en France, l'invention du Badois Schleyer. En lisant dans le *Génie Civil*, — qui était déjà l'un de nos journaux scientifiques les plus intelligemment rédigés, — le compte rendu de cette con-

7 février 1889, le malade avala des aliments solides pour la dernrère fois.

Tourmenté par cette dysphagie progressive, accompagnée de toux, d'amaigrissement et de perte des forces, il consulte un médecin. Celui-ci explore l'œsophage, reconnaît l'existence d'un rétrécissement et conseille au malade de venir à l'hôpital Lariboisière, se faire examiner par M. Berger.

En mars, quand nous voyons le malade pour la première fois, son état est le suivant :

Impossibilité absolue d'avaler aucun aliment solide. Depuis un mois, nourriture exclusivement liquide.

Il existe une toux fréquente, quinteuse, accompagnée d'une expectoration abondante et spumeuse.

Le cœur et les poumons sont sains. On ne trouve aucune lésion appréciable des ganglions du cou ni du médiastin.

Il existe de la douleur en avant, immédiatement au-dessus du sternum et en arrière, entre les deux épines de l'omoplate.

L'amaigrissement est assez prononcé, mais le malade a conservé son teint normal et ne paraît pas cachectique.

M. Berger pratique le cathétérisme de l'œsophage avec un explorateur à boule olivaire. La plus petite des olives est arrêtée à 25 centimètres des incisives supérieures, c'est-à-dire à 10 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage.

Le rétrécissement est serré, mais peut néanmoins être franchi assez facilement par l'olive indiquée plus haut.

M. Berger ne trouvant rien dans les antécédents de ce malade pour expliquer l'existence de ce rétrécissement, porte le diagnostic de cancer et engage le malade à entrer à l'hôpital, ce qu'il fait le 12 avril.

Pendant son séjour à Lariboisière, le malade est nourri avec du lait, du bouillon, du jus et de la poudre de viande.

Chaque jour, on lui introduit la plus petite des olives, en se servant pour la guider de la tige conductrice.

22 avril, le rétrécissement se laisse franchir par l'olive immédiatement supérieure.

Le 24, le malade quitte l'hôpital et revient chaque jour se faire sonder.

Malgré l'introduction journalière de l'olive, destinée à empêcher le rétrécissement de s'accroître, le malade n'avale pas avec plus de facilité. Il maigrit, perd ses forces, ses douleurs augmentent et la nuit il dort peu.

21 mai. Il rentre de nouveau à l'hôpital. On cesse de passer les olives, et matin et soir, on le nourrit avec la sonde œsophagienne.

On se sert pour l'introduire de la tige conductrice.

La nourriture introduite ainsi dans l'estomac, par vingt-quatre heures, se compose de 120 grammes de poudre de viande; de 6 jaunes d'œuf et d'environ 250 grammes de lait.

Le malade boit en outre dans la journée, du bouillon, du lait et un peu de vin.

Le 22. Le poids du malade est de 50 kilog.

Le 27. Le poids est de 49 k. 500. L'introduction de la sonde est difficile, le malade est pris chaque fois qu'on le nourrit d'accès de toux et d'expectoration de matières glaireuses. Ceci se produit malgré l'anesthésie pharyngée obtenue par la cocaïne.

Le 29. Le poids est de 49 kil. L'introduction de la sonde devient de plus en plus pénible et cause de légères hémorragies ; celles-ci se reproduisent maintenant à chaque cathétérisme.

Le malade ne pouvant plus se nourrir, ni être nourri par la bouche, maigrissant, il était urgent d'intervenir pour l'empêcher de mourir de faim ; aussi M. Berger,

---

férence, je crus comprendre que le problème de la langue universelle était désormais résolu ; je demandai à M. Kerckhoffs sa conférence, et je publiai dans la *Liberté* la première analyse qui ait paru dans nos journaux. C'est ainsi que je fus associé au mouvement qui, déjà, se dessinait en Allemagne ; et, plus tard, M. Kerckhoffs ayant fondé à Paris la première Société française, je fis partie, avec d'autres publicistes, dont M. Francisque Sarcey, du Comité fondateur, qui ont fait l'honneur de me nommer vice-président. J'ai décliné depuis cet honneur, donnant en même temps ma démission de vice-président d'un comité d'arrondissement de l'*Alliance française*, etc.

Est-ce à dire que je doute de l'avenir du Volapük et que je ne désire pas la propagation du français ? Non, sans doute ; mais ceci nous place, tout d'abord, je présume, au cœur de la question.

En effet, un bon Français ne peut, de propos délibéré, contribuer à amoindrir le prestige de la France, et à entraver l'extension du français ; mais je crois avoir démontré, dans nos discussions à la *Société de médecine pratique*, si besoin en était, que le prestige de la France est fait d'autre chose ; et que notre belle langue n'a rien à craindre du parallèle avec la future langue internationale.

Il est vrai que l'on se fait chez nous une idée très fausse de l'extension du français. Si le français est, en réalité, la langue la plus familière aux savants de toutes les nations et la plus répandue dans la classe instruite, chez tous les peuples, il ne s'ensuit pas qu'elle soit familière à un très grand nombre de savants, ni parlée par un grand nombre de gens instruits. En fait, le français est peu parlé à l'étranger, et l'anglais est bien autrement cosmopolite. L'anglais est surtout bien autrement populaire, en ce sens que les gens du peuple l'ont vulgarisé sur tous les rivages. Pourquoi ? C'est qu'on apprend une langue en raison de l'intérêt qu'on y trouve ; et vous aurez beau créer des écoles en Asie-Mineure ou au Sahara, on n'y apprendra le français que si l'on y trouve des Français qui le parlent. Si les gens du monde apprennent plus volontiers le français, c'est parce que Paris exerce sur le monde entier une attraction féerique ; c'est surtout parce que notre littérature est plus

après s'être préalablement assuré qu'il ne présentait aucune lésion viscérale contre-indiquant l'opération, proposa-t-il la gastrostomie.

Gastrostomie en deux temps : L'opération est faite le 3 juin. Les précautions antiseptiques ordinaires prises, le malade endormi par le chloroforme, M. Berger fait une incision de 6 centimètres parallèle au bord de la huitième côte gauche et située à 1 centimètre au dessous de celle-ci.

La paroi abdominale est incisée couche par couche et le péritoine n'est ouvert qu'après une hémostase soignée.

Le bord antérieur du foie soulevé, M. Berger tombe immédiatement sur la portion pylorique de l'estomac, qu'il attire à droite, afin de pratiquer la fistule le plus près possible du cardia.

L'estomac ainsi attiré, est ensuite fixé à la paroi abdominale par une couronne de fils de soie assez rapprochés les uns des autres (nous reviendrons plus tard sur la disposition de ces sutures), puis on recouvre l'incision et la suture de poudre de salol et d'un pansement au salol, sans ouvrir l'estomac qu'on s'est borné à fixer de la sorte à la paroi abdominale.

Dans la journée pas de vomissements ; un peu de douleur au niveau de la plaie, calmée par une injection sous-cutanée de morphine.

Comme boisson, on fait prendre au malade quelques gorgées de champagne.

Le soir il n'a pas de fièvre.

4 juin. Le malade va bien. Le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Le 5. M. Berger, sans endormir le malade, incise l'estomac au thermo-cautère.

L'incision n'a pas été douloureuse ; elle est petite et juste suffisante pour introduire un tube en caoutchouc de la grosseur d'une sonde n° 30.

Le 6. Le malade prend par la bouche un peu de lait, de champagne et de glace. La dysphagie est moindre depuis l'opération, la toux a également diminué.

Le 7. On injecte des aliments par le tube. A partir de cette date, le malade est nourri, matin et soir, par sa fistule. La nourriture qu'il prend par cette voie est la même que celle que l'on introduisait par la sonde œsophagienne avant l'opération.

L'introduction des aliments calme la faim et ne provoque aucune douleur, ni aucune nausée.

Le 12. On constate à la partie inférieure de la fistule une petite ulcération allongée, due à l'action du suc gastrique. On fait prendre au malade de l'eau de Vichy et l'on panse l'ulcération avec de la craie stérilisée par la chaleur. Elle disparaît en dix jours.

Le tube introduit dans la fistule et destiné à alimenter le malade a l'inconvénient de sortir à chaque instant.

M. Galante, sur la demande de M. Berger, construit un appareil spécial en caoutchouc, capable d'obturer complètement la fistule et de permettre l'alimentation. Cet appareil se compose de deux ampoules réunies par un tube de caoutchouc et formant une sorte de double bouton de chemise, pourvu d'un tube qui en permet l'insufflation. L'une de ces ampoules est destinée à être introduite dans l'estomac, l'autre doit rester à l'extérieur. Ces deux ampoules sont traversées par une sonde, permettant l'introduction des aliments dans l'estomac.

Le 20. Le malade a son appareil. Le lendemain, il se lève et se pèse.

Poids : 46 kilog.

A partir de ce moment, il peut se promener dans l'hôpital. Au début, les aliments sont parfaitement retenus dans l'estomac, mais bientôt l'appareil se détériore : les ampoules, celle surtout qui est placée dans l'estomac, s'altèrent et finissent par se perforer.

---

recherchée, en ce qu'elle est plus passionnante, plus humaine et plus vraie qu'aucune autre. Si les diplomates se servent plus volontiers du français, c'est, d'une part, que le français est plus étudié et plus enseigné partout ; et d'autre part, qu'il est plus précis et, comme je l'ai dit, plus sincère. Si les savants connaissent surtout le français, c'est que la France a été longtemps un centre lumineux où se monopolisait la science. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que jusqu'au règne de mon homonyme Nicolas 1er, le français était la langue officielle en Russie, qu'elle est restée longtemps la langue de l'aristocratie slave ; et qu'en Angleterre il en a été de même dans les temps qui ont suivi la conquête des Normands, ce qui explique, bien mieux que toute autre considération, le mélange d'un si grand nombre de mots français, soit à l'état de mots intégraux, soit à l'état de dérivés, dans la langue anglaise de nos jours.

Mais les temps sont bien changés ! Sans doute, la France est toujours grande. Isolée dans le monde des rois ; incessamment menacée sur toutes ses frontières, où saigne encore une plaie béante ; forcée de militariser son peuple, qui, pour être belliqueux, aimait, cependant, à ne considérer la guerre que comme un accident passager ; paralysée ainsi dans ce qui faisait sa force et semblait sa raison d'être, elle a su néanmoins s'affirmer encore, cet été, comme la reine des arts et des sciences, marchant à l'avant-garde des nations dans la voie du progrès ; et l'humanité conviée à cette fête, où son caprice avait prodigué le luxe et l'élégance, en a conservé des éblouissements.

Cependant elle n'est plus la France d'autrefois. La centralisation scientifique nous échappe. Des peuples récemment émancipés labourent le champ scientifique avec une ardeur juvénile. Il semble que nous nous alourdissons dans la somnolence des races latines ; et, qui pis est, nous ne nous en apercevons pas ! Gâtés jusqu'ici par l'admiration unanime, nous n'avons qu'une appréciation imparfaite du mouvement qui se fait autour de nous ; nous ne voyons que le plagiat chez les rivaux qui nous jalousent, alors que sur certains points, ils nous devancent ; trop enorgueillis de la gloire de quelques grands initiateurs que nous exaltons sans mesure, nous ne sentons pas assez que, chez nous,

Le 29. On applique un nouvel appareil ; le tube de réunion des deux ampoules est plus gros et plus court ; cet appareil ne dure guère plus que le précédent ; on en construit un troisième qui a bientôt le même sort.

Le malade immédiatement après l'opération, s'était trouvé très soulagé, mais vers la fin du mois, il recommence à se plaindre ; la toux a reparu aussi vive et aussi pénible que par le passé.

Le 30. M. Duguet l'ausculte et ne constate ni tuberculose pulmonaire ni adénopathie trachéo-chronique.

Le malade quitte l'hôpital, où il revient chaque matin se présenter. Vers le 12 juillet, il faut supprimer l'obturateur en caoutchouc qui ferme la fistule ; on alimente l'opéré au moyen d'une sonde qu'on introduit chaque fois par la fistule et qu'on retire après. Les aliments et les liquides gastriques n'ont néanmoins que peu de tendance à ressortir ; un pansement légèrement compressif suffit à boucher la fistule.

15 juillet. Poids : 45 kilog.

A partir de cette date, amaigrissement progressif ; impossibilité absolue d'avaler les liquides, qui sont vomis aussitôt pris ; perte graduelle des forces.

12 août. Le malade succombe chez lui aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire, à forme rapide et à l'affaiblissement graduel résultant de l'imperfection de l'alimentation.

La durée de la survie a été de deux mois et huit jours.

Malgre le succès immédiat de l'opération pratiquée, le résultat obtenu dans le cas présent n'a rien de bien encourageant ; moins de deux mois et demi de survie, parmi lesquels un seul, à peine, pendant lequel le malade a cessé de souffrir. Il faut toutefois tenir compte de la manière dont est survenue la mort ; une tuberculisation pulmonaire intercurrente, favorisée par l'insuffisance de l'alimentation, les souffrances et toutes les causes de débilitation auxquelles le sujet était exposé, a manifestement hâté la terminaison, que les seuls progrès de la cachexie cancéreuse n'auraient pu amener dans un temps aussi court.

Un soulagement d'aussi courte durée ne me paraîtrait donc pas suffisant pour justifier une opération, somme toute assez grave, si l'on pouvait faire autrement que d'y avoir recours ; mais pour qui a suivi des malades atteints de cancer de l'œsophage, et assisté aux tortures physiques et morales dont l'impossibilité de faire passer les aliments et les boissons est la cause, il ne peut être question d'assister au supplice d'un malheureux qui meurt de faim et de soif, sans lui apporter le secours d'une intervention si précaire que celui-ci puisse être.

La difficulté principale est de déterminer le moment auquel il faut intervenir. En France, on le recule à une époque trop avancée de l'affection, alors que la dysphagie est totale, que plus rien ne passe par les voies naturelles et que le patient est réduit à l'alimentation rectale. Différer jusqu'à cette époque, c'est perdre toute chance d'obtenir une survie durable ; c'est compromettre même le résultat immédiat d'une opération entreprise sur un mourant. Les premières gastrostomies que j'ai faites, entreprises dans les conditions déplorables, se sont toutes terminées par une mort rapide, produite en vingt-quatre ou trente-six heures par le collapsus opératoire. Il y a d'ailleurs, au point de vue de la réussite de l'opération, un grand avantage à n'ouvrir l'estomac que quand des adhérences solides l'unissent à la paroi abdominale, et par conséquent, à opérer en deux temps, fixant d'abord l'estomac à la paroi et en n'en pratiquant l'ouverture qu'au bout de quelques jours ; mais pour agir ainsi, il faut avoir du temps devant soi ; il faut donc opérer

---

la spécialisation a tué l'encyclopédisme, à ce point que M. J.-B. Dumas présidant un comité astronomique occasionnait un scandale. C'était peut-être le dernier encyclopédiste français, et tout au moins un vrai savant, à qui on a refusé des funérailles nationales, parce qu'il n'était pas jacobin !

Il n'est pas douteux que la cause de cette indifférence, et de cette ignorance de ce qui se passe autour de nous, est notre répugnance pour l'étude des langues étrangères. Puisque tout le monde parle le français, puisque le français est encore la langue de diplomates et un peu même la langue des congrès scientifiques, puisque nos livres sont traduits à l'étranger et que les principales publications étrangères sont, à la longue, traduites en français, quel besoin avons-nous d'apprendre des langues étrangères ? Voilà ce que l'on dit ; et c'est tout au plus si l'on constate depuis la guerre quelques progrès à cet égard. Les Anglais sont un peu comme nous : s'ils apprennent volontiers l'allemand et savent le français, c'est pour être plus à l'aise quand ils feront leur *tour* d'Europe. Mais leurs savants savents deux langues étrangères ; et tandis que toutes les misses anglaises *parlent* le français plus ou moins couramment ; tandis que tous les Allemands un peu dégrossis *parlent* au moins une langue étrangère, la plupart de nos savants n'en *lisent* aucune.

Voilà le fait brutal. Que disent de plus les statistiques ? En fait, l'anglais est parlé en Angleterre, aux Etats-Unis, aux Indes, au Cap, à Sierra-Léone, aux Antilles, à la Guyane, en Australie, etc. Mettons 100 millions, au bas mot, d'individus dont l'anglais est la langue maternelle. Et, comme je l'ai dit, la population maritime le parle en tous pays. L'allemand, au contraire, n'est parlé nulle part, en dehors des pays allemands ; pas même en Amérique où les Allemands parlent anglais, ni au Brésil, où ils parlent un *sabir* portugais. Le français vient ensuite, comme importance ; c'est la langue aristocratique de tout l'univers ; et il importe peu que l'espagnol soit parlé par 38 millions de nationaux espagnols ou exotiques, et soit la plus simple de toutes les langues néolatines.

avant que le malade ne soit à toute extrémité et réduit à l'inanition.

D'autre part, c'est agir trop vite, à mon avis, que d'opérer la gastrostomie dès que l'on a reconnu l'existence d'un carcinome œsophagien, ainsi que pendant quelque temps cela s'est fait à Vienne. On a pu, par ces interventions trop hâtives, se ménager presque à coup sûr des séries ininterrompues de succès ; mais l'opération eut-elle été dans tous ces cas nécessaire ? beaucoup des opérés n'eussent-ils pas succombé à la cachexie ou à d'autres complications avant d'avoir senti le besoin de recourir à la chirurgie.

Le temps opportun nous paraît devoir être placé entre ces limites extrêmes ; il ne faut pas attendre que le malade ne puisse plus rien avaler ni que le passage des sondes soit réellement impossible ; mais dès que le cathétérisme œsophagien devient pénible, douloureux, qu'il présente des difficultés quotidiennes et croissantes, sans attendre que l'on ne puisse plus passer, il faut recourir à la gastrostomie. L'observation que nous venons d'exposer, montre que nous avions déjà trop différé peut-être ; elle montre surtout quelle ressource infidèle donnent le cathétérisme œsophagien et le passage des olives dilatatrices. Ces manœuvres, toujours dangereuses, alors même que l'on se sert de la bougie conductrice de M. Verneuil, précaution indispensable, ont, de plus, l'inconvénient d'entretenir une sensibilité douloureuse, et le spasme œsophagien qui en est la conséquence, n'est pas un des moindres obstacles à l'introduction des instruments. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si des malades, qui ne pouvaient plus tolérer le passage de la sonde, arrivent, peu de temps après la gastrostomie, à faire de nouveau passer quelques boissons et même quelques aliments par les voies naturelles. Il se produit dans ce cas un phénomène analogue à celui qui s'observe, lorsqu'à la suite de la création d'un anus artificiel, on voit les opérés avoir de nouveau des évacuations normales qui depuis longtemps faisaient complètement défaut.

Ainsi, en l'absence de complications menaçant le malade d'une mort rapide, ou d'un état de cachexie déjà manifeste, je pense que pour proposer la gastrostomie, il faut choisir le moment où des difficultés véritables font craindre que le passage de la sonde œsophagienne ne soit plus désormais sans inconvénients ni même sans dangers.

Je n'ai que peu de choses à dire du manuel opératoire ; les règles sont connues ; on est actuellement d'accord sur l'avantage qu'il y a à pratiquer l'opération en deux temps, en commençant par fixer l'estomac à la paroi abdominale, pour l'ouvrir au bout de quelques jours seulement, lorsque des adhésions solides se sont établies entre ces parties.

On sait que l'incision se fait parallèlement au bord inférieur de la huitième côte gauche ; qu'on divise le faisceau externe du muscle droit, le feuillet postérieur de sa gaine, le transverse, puis l'aponévrose de ce dernier, en liant à mesure qu'on les divise tous les vaisseaux. Le péritoine étant ouvert, on relève le bord antérieur du foie qui se présente par sa face supérieure, et aussitôt, au-dessous de lui, l'on trouve l'estomac qu'on ne peut confondre avec le côlon transverse à cause de son épaisseur, de la disposition des vaisseaux qui s'y rendent et de l'absence des bandelettes musculaires longitudinales qui font reconnaître le gros intestin.

L'estomac se présente dans l'incision par une partie voisine de la région pylorique, or, pour constituer une bonne bouche gastrique, il convient d'ouvrir le viscère le plus près possible de la grosse tubérosité et notablement au-dessus de la grande courbure. On évite de la sorte que les liquides gastriques ne s'écoulent par la fistule, par le seul fait de sa déclivité. J'ai réussi, chez mon malade, à attirer dans la plaie une portion

---

En résumé, on lit tout ce que nous faisons ; nous ne savons pas lire ce que font les autres.

II

Il résulte de ce qui précède que l'intérêt que présente l'adoption d'une langue internationale est différente pour chaque nation.

Celles des nations qui y ont le plus d'intérêt sont celles dont la langue nationale est le moins parlée : les petits Etats, les Portugais, les Italiens, les Espagnols, les Russes, les Allemands.

Les Anglais d'Angleterre n'y portent pas non plus un intérêt bien vif : l'Anglais touriste trouve dans tous les hôtels du globe un garçon qui parle anglais. Cela lui suffit. J'ai fait la traversée de New-York en Europe sur un paquebot allemand, dans le but de me familiariser pratiquement avec cette langue ; mais mon domestique parlait anglais ; j'ai parlé anglais pendant toute la traversée !

Toutefois, il n'en est pas de même des « cousins » d'Amérique. Les Etats-Unis sont une vraie Babel : sur 50 millions d'habitants, il y avait aux Etats-Unis, au dernier recensement de 1880 (Tenth census), en chiffres ronds : Créoles : 6 millions ; Indiens incorporés : 143 mille ; Indiens des Territoires : 179 mille ; Chinois : 105 mille ; Alaska : 35 mille ; Allemands : 2 millions ; Hollandais : 2 millions ; Canadiens : 700 mille ; Anglais : 6.700 mille ; Scandinaves : 400 mille ; Ecossais : 170 mille ; Welches : 83 mille ; divers 400 mille ; natifs de nationalités diverses ; 13 millions. Tout ce monde-là, ou à peu près, parle anglais, il est vrai ; mais s'en sert avec plus ou moins d'habileté. C'est ce qui explique que la *Société philosophique* de Philadelphie, ait pris l'initiative du mouvement en faveur de la langue internationale. Elle n'a fait en cela que subir la pression de l'opinion ; car le Volapük est déjà adopté par un très grand nombre de négociants américains pour les relations commerciales. Toutefois, il est très probable que ces négociants sont plutôt étrangers qu'Anglais. L'Anglais est Anglais : il n'en démord pas.

Nous avons l'esprit plus libéral ; en ceci, toutefois, pour les raisons que j'ai dites, les Français se désintéressent ; les

de l'estomac répondant assez bien à ces conditions. Cette circonstance n'a peut-être pas été sans influence sur l'évolution favorable de la plaie extérieure au sujet de laquelle je vais insister avec quelques détails. La suture qui fixe l'estomac est disposée de la façon suivante ; un très grand nombre de points de suture entrecoupés, au fil de soie très fin et bien aseptique, sont placés en couronne, espacés de 2 à 3 milimètres, tout autour de l'incision du péritoine, réunissant la séreuse pariétale à la séreuse viscérale; ils ne doivent comprendre que la séreuse et la musculeuse de l'estomac sans traverser la muqueuse gastrique et sans pénétrer dans la cavité de l'estomac ; il est très facile d'y parvenir, les parois de l'estomac, revenu sur lui-même, présentant une épaisseur très considérable. Quand la circonférence de l'incision péritonéale est ainsi subitement unie à l'estomac, on reprend l'un des chefs de ces points de suture, et on le passe au travers du bord de l'incision de la peau, au point correspondant, puis on le lie avec le chef opposé, attirant ainsi ce bord cutané au contact de l'ouverture péritonéale. Chaque point de suture ainsi formé est double ; il étreint d'abord l'estomac et le péritoine pariétal qu'il unit, puis par un second nœud, il fixe la peau sur les limites de l'incision du péritoine Cette manœuvre ne doit être répétée que pour quelques-uns des points de la suture profonde ; elle suffit pour border partout avec la peau l'ouverture pratiquée au péritoine. On réunit ensuite par quelques points supplémentaires, les extrémités de l'incision cutanée.

Ce n'est que deux ou trois jours après cette fixation, que l'on ouvre l'estomac, en plongeant au centre de la partie circonscrite par les sutures, la pointe d'un thermo-cautère ; on introduit une sonde par la ponction faite de la sorte et l'alimentation par la bouche stomacale commence.

Le traitement de la fistule gastrique présente souvent de grandes difficultés. Le contact des sucs gastriques détermine des érythèmes, puis des ulcérations de la peau. On dirait qu'il se produit une véritable digestion du bord de la plaie. Ce processus destructeur a pu être assez profond pour que l'on vît succomber les sujets qui en étaient atteints à une péritonite par perforation due à son extension à la ligne même des adhésions péritonéales ; aussi l'on s'est ingénié à fabriquer des appareils destinés à maintenir close la fistule ; M. Terrillon, notamment, a fait construire par M. Galante un manchon en caoutchouc, présentant deux renflements, l'un que l'on introduit dans l'estomac, l'autre qui repose sur la cicatrice extérieure. Ce manchon, qui peut être insufflé ou distendu par une injection, est traversé par la sonde qui pénètre dans l'estomac et qui sert à alimenter le malade.

Ces appareils sont d'une application facile et remplissent d'abord assez bien le but auquel ils sont destinés ; malheureusement ils s'altèrent rapidement ; la distension y produit des soufflures qui en déterminent bientôt la perforation ; ils sont donc rapidement hors d'usage et il faut les renouveler incessamment. M. Galante les a multipliés et en a modifié le volume et la forme avec une grande ingéniosité et une parfaite obligeance et néanmoins, nous n'en avons pas retiré tout le bénéfice que nous pensions obtenir d'eux. Il y aura dans ce sens de nouveaux essais à tenter.

En revanche, ce qui a produit le plus heureux effet, au point d'arrêter le travail ulcéreux qui s'était

---

nouvelles langues internationales qui ont publié des annuaires et dont je parlerai tout à l'heure, comptent parmi leurs adeptes : celle de Samenhof (1), quatre Français sur 957 adhérents ; le Volapük (2) 96 Français sur 3.000 diplômés, sans compter les dissidents demeurés fidèles à Schleyer dont Kerckhoffs a quelque peu simplifié l'œuvre.

Jusqu'à plus ample informé, il est clair que l'on ne peut pas beaucoup compter sur les Français pour accélérer le mouvement. Cependant, chose étonnante, il s'est trouvé des sociétés savantes disposées à y coopérer ! Avant notre *Société de médecine pratique*, la *Société de zoologie* de Paris (je l'ignorais quand j'ai fait ma proposition) s'était nettement prononcée pour l'adoption d'une langue internationale. La première s'est finalement décidée à s'en tenir au français, mais la *Société de zoologie* s'est maintenue sur ses positions et elle a voté, si je suis bien informé, l'adoption d'une langue internationale, dans l'espoir de voir ainsi réformer sa nomenclature. Les chimistes n'ont rien dit, bien qu'ils aient nommé, de leur côté, un comité pour la réforme de la nomenclature chimique en dehors de toute préoccupation de langue internationale.

Il se peut que ce désintéressement cesse. En somme, c'est Paris qui a donné au Volapük l'impulsion qui le soutient encore ; et si nous nous y mettions, la solution serait prompte. J'ai avancé que, parmi les savants, les médecins y sont plus intéressés que toute autre corporation scientifique ; et, sans invoquer d'autre argument, la raison en est bien simple : aucune corporation ne noircit autant de papier en livres et en journaux. Quel avantage n'y aurait-il pas pour nous à ce qu'un organe international pût, dans une langue simple et vite apprise, centraliser toutes les études importantes et toutes les découvertes !

Il est superflu de démontrer que le français n'est pas cette langue simple et vite apprise. M. le Dr Guelpa, à la *Société de médecine pratique*, l'a démontré de la manière la plus péremptoire : le français, langue délicate, élégante, complexe, et déjà vieille, demande, plus qu'aucune autre, pour être apprise et parlée, des études approfondies ; ceux qui entreprennent de réformer son orthographe n'ont certainement pas compris la témérité de leur entreprise. L'anglais lui est supérieur, à cet égard, sans contestation possible. Mais l'anglais à d'autres défauts qui le mettent hors de cause.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Adresaro de la personaj Kinj ellernis la lingvon esperanto — Varsovio. L. Zamenhof str. Przejazd, n° 9, 1889.

(2) Yelabuk pedipedlàs fa Plof. Kerckoffs. Paris. Lesoudier, 1889.

emparé de la lèvre inférieure de la fistule et de s'opposer à la digestion de celle-ci par le suc gastrique, c'est la précaution que nous avons prise d'alcaliniser le suc gastrique avec du bicarbonate de soude, et surtout de panser la plaie avec une poudre absorbante alcaline qui pût neutraliser l'acidité du suc gastrique. Je me suis servi pour cela de craie préparée que j'ai rendue aseptique par un séjour de plusieurs heures dans une étuve chauffée à 180°. — Il m'a paru que l'on possédait dans cette action chimique, un moyen aussi sûr que facile à appliquer, de remédier à l'une des complications les plus pénibles et les communes de l'établissement d'une fistule gastrique.

Malgré tous les perfectionnements du manuel opératoire, la gastrostomie reste et restera toujours une opération très précaire. Si quelques opérés on pu présenter une survie notable, c'est qu'ils étaient atteints de rétrécissements cicatriciels, et que ces rétrécissements eux-mêmes ont pu être traités et guéris de manière à permettre l'introduction des aliments par voies naturelles ; c'est ce qui est arrivé notamment pour un opéré de M. Terrillon, s'il faut en croire un article récent du *Figaro*, où ce cas se trouve rapporté avec quelques détails. La plupart des sujets atteints de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage sur lesquels on a pratiqué la gastrostomie, n'ont survécu que quelques mois, un an, un an et demi ou guère davantage ; ceux sur lesquels on a eu recours à cette opération pour des cancers, n'ont obtenu qu'un bénéfice d'encore beaucoup plus courte durée ; mais en pareil cas, la nécessité seule guide le chirurgien qui ne saurait se refuser à pratiquer la gastrostomie pour un cancer de l'œsophage, la création d'un anus artificiel dans un cas de cancer de l'S iliaque ou du rectum, la trachéotomie sur un malade atteint de cancer du larynx.

CLINIQUE MEDICALE

La nutrition dans l'hystérie,

par MM. Gilles de la Tourette et H. Cathelineau (1).

On tend généralement à admettre que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment et que par contre, leur nutrition générale semble ne pas en souffrir. Elles ne maigrissent pas, dit M. Empereur, dans son *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, 1876, parce qu'elles ne déperdent rien, et, ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible de manger. L'analyse des travaux sur cette question montre que la plupart des auteurs ont adopté cette opinion, sans du reste chercher à la contrôler.

C'est ce singulier problème de la nutrition dans l'hystérie que nous avons également essayé de résoudre dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, pendant les années 1888 et 1889, en nous basant sur l'analyse des excreta urinaires.

Il nous a semblé d'abord qu'il était indispensable d'établir deux catégories dans les hystériques : les *hystériques-normaux*, les *hystériques pathologiques*. Les hystériques normaux sont ceux qui ne présentent au moment de l'observation que les stigmates nécessaires pour légitimer le diagnostic de la névrose ; les hystériques pathologiques sont ceux qui, en plus de ces stigmates permanents, présentent la série des accidents variés : attaques, état de mal, etc., constituant la pathologie de l'hystérie.

I. Nos recherches ont porté pour le premier groupe sur *dix hystériques* : sept femmes, trois hommes ; elles nous ont démontré que chez eux la nutrition, malgré les troubles du goût toujours présents et qui expliquent certaines bizarreries dans l'alimentation, s'effectuait *normalement*. Les éléments consécutifs de l'urine sont qualitativement et quantitativement les mêmes que chez les individus sains.

En résumé, chez l'hystérique en dehors des manifestations pathologiques de la névrose autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement.

II. Les phénomènes pathologiques que nous avons plus particulièrement étudiés sont, en ce qui regarde l'attaque : 1° l'attaque convulsive aux quatre périodes ; 2° l'attaque bornée à l'une de ses périodes ou avec prédominance de cette période : formes épileptoïde, léthargique, etc. ; 3° l'attaque à forme d'épilepsie partielle ; 4° les attaques de chorée rythmée, toux, etc.

Dans tous les cas, les résultats des analyses, comprenant la période des vingt-quatre heures à partir du début de l'attaque, nous permettent de conclure : 1° qu'il y a diminution du résidu fixe, de l'urée, des phosphates ; 2° que le rapport entre les phosphates terreux et alcalins, qui, normalement, est comme 1 est à 3, devient toujours comme 1 est à 2 et souvent comme 1 est à 1. C'est ce que nous avons appelé l'*inversion de la formule des phosphates*.

En ce qui regarde le volume de l'urine des vingt-quatre heures, celui-ci est en réalité diminué La première miction qui suit l'attaque est généralement plus considérable qu'une miction ordinaire. C'est elle qui crée la polyurie, lorsqu'elle existe.

De plus, l'étude de la courbe des excreta urinaires, pendant la durée des états de mal, montre qu'au début il y a chute des éléments urinaires, puis plateau, et relèvements quelques jours avant la sortie de l'état de mal. Ce sont là des phénomènes dus à l'hystérie et non à l'inanition. L'étude de la courbe des excreta permet donc de prédire le retour de l'état normal.

Quel que soit l'état de mal observé, le poids des

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Charcot.

sujets diminue journellement d'une quantité qui varie entre 200 gr. et 300 gr. par jour.

III. Chimiquement l'attaque d'hystérie est l'inverse de l'accès d'épilepsie, si l'on s'en rapporte aux travaux de MM. Lépine et Mairet que nous avons repris. Nous les avons complétés au point de vue de l'épilepsie partielle vraie symptomatique.

Les accès d'épilepsie vraie et d'épilepsie partielle symptomatique, de même que les états de mal correspondants, se jugent par une *élévation considérable* des principes consécutifs de l'urine. L'attaque d'hystérie et les états de mal, quelque forme qu'ils revêtent, se jugent par une *diminution considérable* de ces mêmes principes. Cette différence radicale peut constituer à l'occasion, un excellent élément pour le diagnostic parfois difficile de ces deux maladies convulsives. On comprend l'importance de cette question pour l'institution d'un traitement, surtout lorsque, dans l'épilepsie partielle vraie, celui ci peut être la trépanation.

Entre autres faits, nous avons pu, chez deux sujets, établir chimiquement la coexistence, à l'état isolé, de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie, confirmant ainsi l'opinion de M. Charcot : l'indépendance absolue des deux névroses, quelques formes similaires qu'elles puissent parfois revêtir.

Dans une prochaine Communication nous ferons connaître le résultat des expériences que nous avons entreprises dans le service de M. le professeur Charcot sur des hystériques plongées dans l'état hypnotique. Elles démontrent que, pendant les périodes de léthargie, de catalepsie, et de somnambulisme provoqués, il existe des modifications constantes des excreta urinaires, consistant dans l'abaissement du volume de l'urine, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec immersion de la formule de ces derniers. En un mot, les phénomènes observés se rapprochent jusqu'à se confondre avec ceux que nous avons notés dans l'attaque et l'état de mal hystériques, de même d'ailleurs que, cliniquement, l'hystérie a de nombreux points de contact avec l'hypnose. L'analyse chimique nous fournit donc un nouveau stigmate à ajouter à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, aux tracés pneumographiques de la catalepsie, tous phénomènes indépendants, à l'inverse des suggestions de la volonté des sujets.

Nous ajouterons que l'*état* dit *second* observé chez deux malades ne donne, au point de vue chimique, que des résultats négatifs ou très atténués dans le sens que nous venons d'indiquer, de même que les contractions, les paralysies hystériques n'influencent que peu ou pas les excreta urinaires. Il faut qu'il y ait *crise* pour que les modifications se produisent.

Dans toutes nos analyses, nous nous sommes servi, pour doser l'urée, de l'appareil Yvon, à l'hypobromite de soude, en opérant toujours sur la cuve à mercure. Or l'hypobromite de soude, on le sait, ne décompose pas ou peu certains produits azotés, très voisins de l'urée, existant normalement dans l'urine en quantités très faibles. Dans les conditions toutes particulières où nous nous trouvions (état de mal léthargique, cataleptique, durant souvent plusieurs jours), ces produits azotés auraient pu se trouver dans des proportions beaucoup plus considérables. Aussi, à différentes reprises, avons-nous procédé au dosage de l'azote total, et jamais nous n'avons constaté une augmentation assez notable pour influencer nos résultats ordinaires.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants, par le Dr Guiraud, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18, 575 pages, Paris, G. Steinheil, 1890.

Ce livre représente d'une façon aussi nette que possible l'état actuel de la science de l'hygiène. L'auteur traite d'abord du sol, de sa constitution géologique, de sa thermalité, de ses matières organiques et des microorganismes; puis de l'atmosphère, de la composition chimique de l'air, des poussières, de la température, des pluies, des vents de l'état électrique et des climats.

Dans l'important chapitre consacré à l'habitation, l'auteur passe en revue tout ce qui a trait à la construction, à la ventilation, au chauffage, à l'éclairage, aux fosses d'aisances, aux habitations collectives.

L'hygiène des villes est plus écourtée; le lecteur y trouvera cependant tous les renseignements nécessaires pour se mettre au courant de ces questions si pleines d'actualité, la voirie, la construction des égouts et l'utilisation des eaux d'égout, les approvisionnements d'eau, les cimetières et les logements insalubres.

Le chapitre de l'alimentation est l'un des plus développés, nous signalerons surtout les détails fournis par l'auteur sur les altérations et les falsifications des aliments, sur les caractères et l'analyse des eaux potables. Il y a là des acquisitions toutes récentes que l'on trouvera très bien exposées dans ce livre.

L'intérêt d'actualité que présente ce chapitre se retrouve d'ailleurs dans l'hygiène corporelle, surtout à propos des exercices gymnastiques, dans l'hygiène de la première enfance et dans l'hygiène scolaire; trois sujets sur lesquels l'hygiène a fait de notables progrès dans ces derniers temps.

Ce livre se termine par l'hygiène professionnelle et industrielle et par la prophylaxie des maladies infectieuses; c'est là encore un point sur lequel les livres parus il y a plusieurs années sont forcément en retard.

En somme, ce que distingue le livre de M. Guiraud, c'est non seulement une exposition très méthodique

et très claire des diverses parties de l'hygiène, mais en même temps le soin pris par l'auteur de nous mettre exactement au courant de tout ce qui s'est fait récemment dans cette branche si importante de la science. Ajoutons qu'il y a parfaitement réussi.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Brouardel présente une note de M. Crié (de Rennes) sur l'effondrement d'un plancher à Deville.

M. Proust dépose un rapport de M. le Dr Soulages sur l'épidémie de variole qui a sévi à Decazeville en 1889 90.

M. Léon Colin présente un mémoire de M. le Dr Gellie (de Bordeaux) sur la grippe et son traitement par le sulfate de quinine.

M. Le Roy de Méricourt dépose une note de M. le Dr Ad. Nicolas sur un cas de dermatologie traité à la Bourboule.

De la noix de kola. — M. Heckel. Il n'est pas juste de dire que ma communication faite il y a quinze jours confirme les conclusions du travail de M. G. Sée sur l'action de la caféine. En effet, la caféine n'est pas, comme le croit celui ci, le principe actif du kola, parce que s'il en était ainsi, une même dose de café et de kola (ces deux graines renferment sous le même poids à peu près la même quantité de caféine) devraient produire les mêmes résultats, ce qui n'est pas ; comme M. G. Sée n'a obtenu des résultats appréciables avec la caféine sur la fatigue, l'essoufflement et la faim qu'à la dose de 40 ou 50 centigrammes par jour, il m'eût fallu donner des doses massives de kola pour obtenir ces résultats avec cette graine, ce qui n'est pas non plus. Enfin, s'il en était comme le croit encore M. G. Sée, le kola dépouillé de la majeure partie de sa caféine n'agirait presque plus, ce qui n'est pas. Il n'y a donc autre chose que la caféine dans le kola et ce quelque chose agit plus activement et à plus petite dose que cet alcaloïde dont il n'est pas bon d'abuser du reste. Il faut donner le kola en nature aux marcheurs et non la caféine ; c'est ce que, jusqu'à plus ample connaissance, j'ai appelé le rouge de kola, substance qui me paraît aussi active que méconnue.

M. G. Sée maintient les résultats de ses expériences et de ses études sur la caféine, à laquelle est certainement due l'action de la noix de kola.

Dystocie par tumeur rénale du fœtus. — M. Guéniot. Le 12 mars dernier entrait dans mon service une multipare au 8e mois ; la poche des eaux était rompue, les contractions énergiques. La tête, puis les bras sortirent bien, mais les tractions les plus énergiques ne purent extraire le reste du corps. Je fis alors le toucher intra-utérin et constatai que la dystocie avait pour cause le développement abdominal du fœtus.

La ponction exploratrice m'ayant démontré que c'était une masse solide, je fendis avec des ciseaux courbes l'abdomen du fœtus, et après avoir extirpé le foie, je tombai sur une tumeur que je morcelai. Alors l'accouchement fut terminé. Les deux reins sont atteint de dégénérescence polykystique, démontrée par le microscope.

Malformation faciale. — M. Guéniot présente un fœtus anencéphale âgé de huit mois qui présente des malformations faciales et sur la face et le crâne duquel s'insèrent des brides amniotiques.

M. Guéniot a, le 19 novembre dernier, présenté une pièce analogue, qui a eu le privilège de convaincre M. Duval, jusque-là peu convaincu de la théorie de M. Dareste sur le rôle des adhérences amniotiques.

Cette pièce a été disséquée depuis par M. Chavane et par M. A. Broca. Il a été vu ainsi que la bride avait réellement sectionné non seulement la peau, mais aussi le squelette.

M. Lannelongue. Dans la pièce actuelle il y a double fissure symétrique commissurale, c'est-à-dire correspondant à une fente normale de la face du fœtus, entre les deux bourgeons maxillaires. Or il en est toujours ainsi. Il y a donc non point section, mais arrêt de développement produit par l'action mécanique des brides. Les pièces de ce genre démontrent d'abord l'exactitude de la théorie de Dareste sur le rôle des adhérences amniotiques ; en second lieu, que ces adhérences se forment de bonne heure, à une époque où la face du fœtus présente encore des fentes entre les bourgeons non soudés.

Fracture du calcanéum par écrasement.—M. Guermonprez. On connait peu les fractures par écrasement, fréquentes chez les ouvriers du bâtiment. Trop souvent dans ces conditions on diagnostique une entorse. Dans le gonflement initial disparaissent les signes connus : élargissement du calcanéum, abaissement des malléoles, légère déviation en valgus. Ils apparaissent nettement une fois le gonflement tombé et surtout si on a soin d'examiner les formes le malade étant debout. Cette fracture doit être réduite, ce à quoi la coaptation suffit. La contention se fait naturellement, sans appareil.

Exploration du foie dans le diabète. — M. Glénard. Pour explorer le foie des 324 diabétiques que j'ai soignés à Vichy (234 hommes et 90 femmes), j'ai eu recours à deux méthodes de palpation, la méthode classique par la paroi abdominale antérieure, et la méthode que j'ai proposée et décrite il y a deux ans sous le nom de procédé du pouce. Ce procédé consiste à rapprocher le plus possible le bord du foie de la paroi abdominale antérieure par une pression simultanée de la région lombaire droite qu'on soulève avec les quatre derniers doigts de la main gauche, et du flanc droit que l'on comprime de bas en haut avec la main droite ; puis à placer, en tâtonnant, la pulpe du pouce gauche, qui est libre, profondément en arrière et au-dessous de la ligne où l'on soupçonne la présence du foie. Si, alors, on fait exécuter au malade une profonde inspiration, le bord du foie peut s'abaisser en avant du pouce et il n'y a qu'à ramener en même temps la pulpe de ce doigt, d'arrière en avant et de bas en haut, pour faire sauter le bord du foie et apprécier ainsi sa forme, son épaisseur, ainsi que la densité et la sensibilité du tissu hépatique. Si l'exploration par le procédé du pouce donnait des résultats aussi négatifs que l'exploration par la méthode classique, *alors seulement* on aurait le droit de dire que le foie est normal ou tout au moins ne présente pas de signes objectifs (mais il peut aussi être atrophié, ce que vérifiera la percussion). J'ai ainsi obtenu les constatations suivantes : dans 60 p. 100 des cas de diabète il existe une altération

objective manifeste du foie ; c'est l'augmentation de volume qui est le plus fréquemment rencontrée (34.5 0/0). D'autre part, le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant, et les variétés objectives notées chez les diabétiques ne sont que des phases de ce processus ; mais il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète et le distingue à la fois de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire.

Comme on peut d'ailleurs généralement démontrer que les symptômes hépatiques ont précédé les symptômes diabétiques, il existe un diabète alcoolique fréquent qui est un diabète vrai, et non une simple glycosurie symptomatique ; ce diabète vrai alcoolique a toute la valeur d'un diabète expérimental. En résumé, sans discuter en aucune façon la légitimité d'interprétations pathogéniques du diabète basées sur l'expérimentation, je crois pouvoir écrire : La clinique affirme, en dépit de la médecine expérimentale ou de l'anatomie pathologique, le rôle important joué par le foie dans le diabète ; la clinique affirme l'existence du diabète vrai produit uniquement par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique. (Comm. : MM. Hérard et Féréol.)

La séance est levée à 4 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 avril 1890. — Présidence de M. Hermite.

Anatomie générale. — M. Ranvier fait une communication sur les éléments anatomiques de la sérosité péritonéale étudiée chez le lapin domestique, le rat, la grenouille, le triton crêté, l'axolote et la salamandre maculée.

Sur un bacille pseudo-typhique trouvé dans les eaux de rivière. — M. Cassedebat a trouvé neuf fois sur dix dans les échantillons d'eau du canal de Marseille qu'il a examinés, même dans la partie du canal qui est peu riche en bactéries, un bacille qui offre de nombreuses analogies avec le bacille typhique.

Comme ces deux bacilles offrent la plus grande analogie vis-à-vis des méthodes employées le plus souvent, jusqu'à présent, pour chercher et caractériser le bacille typhique dans l'eau ; comme on a signalé la présence de ce dernier dans un grand nombre d'échantillons d'eau depuis quelques années, l'auteur a cru devoir publier ses observations pour mettre les bactériologistes en garde contre des conclusions trop hâtives.

Sur les microbes de l'hémoglobinurie du bœuf. — M. le professeur Bouchard présente de la part de M. V. Babes une note qui se termine ainsi :

De l'ensemble de ces propriétés, il résulte qu'il s'agit là d'un organisme spécial dont la place n'est pas bien établie dans la classification des microbes, et dont les conditions de culture en dehors de l'organisme animal ne sont pas encore bien déterminées. Mais ses réactions spéciales, sa localisation dans les globules rouges et sa transmissibilité aux animaux ne laissent aucun doute sur son rôle pathogène.

La nutrition dans l'hystérie. — MM. Gilles de la Tourette et Cathelineu (v. ci-dessus p. 263).

Opération du strabisme sans ténotomie. — M. H. Parinaud. Mes recherches sur l'étiologie du strabisme, résumées dans une note précédente, m'ont appris que le raccourcissement du muscle a une importance beaucoup moins grande, comme cause de déviation de l'œil, que la rétraction de la capsule de Tenon. Le seul débridement de la capsule donne, dans certains strabismes convergents, un redressement de 15° à 20°. Mais on peut arriver à une correction de 25° à 30° en combinant le débridement de la capsule avec son avancement au niveau du muscle que l'on suppose allongé, avancement que M. de Wecker a proposé pour augmenter l'effet de la ténotomie. L'opération comprend donc deux parties et s'exécute de la manière suivante, pour le strabisme convergent :

1° *Débridement de la capsule.* — Au niveau de l'insertion du muscle droit interne, à 2 milim. de la cornée, on excise un pli vertical de la conjonctive et l'on détache assez largement cette membrane du tissu épiscléral et des adhérences prémusculaires. Un fil, destiné à suturer la conjonctive à la fin de l'opération, est passé au bord du lambeau conjonctival et confié à un aide qui, en le soulevant, découvre plus complètement le muscle. Celui-ci étant chargé sur le crochet, comme pour la ténotomie, on l'isole latéralement de la capsule par deux coups de ciseau pratiqués sur ses bords. Le débridement de la capsule est complété par deux nouvelles incisions partant de l'insertion du muscle et dirigées presque verticalement en haut et en bas. En promenant le crochet au-dessus et au-dessous du muscle, on s'assure que le débridement est suffisant.

2° *Avancement de la capsule.* — Un nouveau pli vertical de la conjonctive est excisé près du bord opposé de la cornée, c'est-à-dire au niveau de l'insertion du droit externe. L'excision doit mettre à nu la sclérotique, en découvrant l'insertion du tendon. Une aiguille, munie d'un fil assez fort, est introduite près de l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée dans la conjonctive, pour ressortir dans la plaie, en intéressant le plus possible le tissu épiscléral. Elle est introduite ensuite sous le tendon du muscle, qu'elle traverse près de son bord supérieur, puis à travers la conjonctive, que l'on ramène au-devant de l'insertion musculaire à l'aide d'une pince.

Un second fil est placé de la même manière à la partie inférieure. On serre fortement les deux fils, qui doivent agir, comme les sutures de Gaillard, par la rétraction cicatricielles qu'ils déterminent autant que par l'avancement capsulaire proprement dit.

On constate alors l'effet obtenu. S'il est suffisant, on termine l'opération par une suture lâche de la conjonctive au niveau du droit interne, à l'aide du fil passé dans le lambeau conjonctival, au début de l'opération. Si le redressement est incomplet, on peut l'augmenter par un débridement plus large de la capsule ou par l'élongation du muscle à l'aide du crochet.

Les deux premières sutures, qui ne doivent pas seulement favoriser la coaptation de la plaie capsulaire, mais déterminer deux brides cicatricielles, ne seront pas enlevées avant le quatrième jour. La dernière suture, qui a seulement pour but d'obtenir une coaptation plus régulière de la conjonctive, peut être enlevée vingt-quatre heures après l'opération.

Les inconvénients de la ténotomie, c'est-à-dire du reculement de l'insertion musculaire, sont connus de tous les

chirurgiens qui ont pu suivre assez longtemps leurs opérés. Elle donne de bons résultats immédiats; mais elle détermine une insuffisance du muscle reculé dont il est impossible de calculer les effets éloignés Cette insuffisance exagérée, dans certains cas, par le relâchement de la nouvelle insertion, apporte toujours une perturbation plus ou moins grande dans les mouvements associés des yeux, et elle est la cause de ces strabismes secondaires qui se produisent parfois à un certain âge, et qui expliquent les périodes de défaveur succédant aux périodes d'engouement dont la ténotomie a été l'objet.

L'opération que je pratique, bien qu'elle limite certains mouvements, n'occasionne pas la même perturbation dans le fonctionnement des yeux, et elle doit donner toute sécurité pour l'avenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Du traitement de l'ectopie testiculaire. — M Championnière tient à revenir sur ce qu'il a dit dans la précédente séance, que ce sont des trousseaux fibreux situés en dehors de la vaginale qui maintiennent le testicule en ectopie et que tout autre moyen que la destruction de ces trousseaux est absolument insuffisant.

Quant à l'utilité de l'opération, elle est indiscutable. D'abord, à cause des douleurs dont ces testicules atrophiés sont quelquefois le siège, ensuite à cause de leurs fonctions ultérieures et de leur développement possible, ainsi qu'il a pu en voir un exemple, chez un jeune enfant atteint de chryptorchidie qu'il a opéré.

Quant à ce qui est de la suture du cordon, il ne la comprend pas; car avant tout il commence par détruire ce cordon en ne laissant plus de celui-ci que le canal déférent dans lequel il est dangereux de passer des fils.

M. Jalaguier, a fait chez des enfants de 10 et de 14 ans, l'orchidopexie avec cure radicale des hernies concomitantes. Il a revu hier ses opérés. Chez le premier, la fixation s'est bien maintenue, mais la flanelle est restée atrophiée. Elle ne s'est pas développée non plus chez le jeune garçon de 14 ans. M. Jalaguier n'en considère pas moins l'orchidopexie comme une bonne opération et se montre partisan de la fixation du cordon.

Cholécysto-entérostomie. — M. Tillaux relate l'observation d'un malade de 38 ans, atteint d'ictère et de coliques hépatiques, qui portait dans l'hypochondre une vésicule, grosse comme la tête d'un jeune enfant. Il porta le diagnostic d'obstruction du canal cholédoque et incisa cette tumeur. Après évacuation de son contenu, il constata l'absence de calcul, mais la présence d'une tumeur du pancréas. Il fixa alors la première anse intestinale accessible à la paroi abdominale et au fond de la vésicule sans l'ouvrir dans cette première séance, se proposant de l'ouvrir plus tard. Au bout de quarante-huit heures, la bile apparut, le canal cystique était donc libre et, vers le huitième jour, M. Tillaux établit la communication entre l'intestin ponctionné et la vésicule, à l'aide d'un entérotome de Dupuytren. Le septième jour, la pince tomba et les selles devinrent noirâtres. Quelques jours plus tard, M. Tillaux ferma la plaie abdominale et le malade guérit; mais mourut ensuite rapidement de cachexie cancéreuse.

M. Le Dentu donne des nouvelles de la cholécystotomie faite pour extirper le calcul montré par lui dans la dernière séance. Cette malade a présenté des spasmes du canal cholédoque, qui tout d'abord empêchèrent la bile de passer; mais aujourd'hui, ces spasmes ont disparu par l'usage du bromure de potassium et M. Le Dentu fera prochainement la nephrorexie pour guérir cette femme du rein mobile qu'elle porte.

M. Terrier, dans son opération de cholécystentérostomie a conclu à la perméabilité du canal cystique par ce seul fait de la présence de la bile dans la vésicule. Il croit aussi qu'il vaut mieux opérer en un seul temps et faire la fistule aussi haut que possible entre le duodénum et la vésicule, en pratiquant une toute petite ouverture sur l'intestin pour empêcher le reflux des matières fécales dans la vésicule. Sa malade a été aussi débarrassée de tout phénomène d'obstruction biliaire et n'est morte que plusieurs mois plus tard de cachexie cancéreuse.

M. Tillaux fait remarquer que, partisan de l'opération en un seul temps, il ne l'a pas faite, parce qu'elle n'était pas applicable à son malade. Le liquide trouvé dans la vésicule n'était pas du liquide biliaire, mais un liquide blanchâtre qui prouvait que le canal cystique avait dû rester bouché pendant quelque temps.

Crayon introduit dans la vessie. — Fistule vésico-vaginale avec calcul. — Fistule vésico-intestinale. — M. Pamard (d'Avignon) lit une curieuse observation de ce genre. Il enleva le crayon entouré de phosphate de chaux et pratiqua le cloisonnement vaginal; mais la malade mourut d'influenza.

Accidents locaux des injections hypodermiques de cocaïne. — M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), après une injection d'une 1/2 seringue de solution de cocaïne au 20e, a remarqué que les sutures ne réussissaient pas et que les points sur lesquels elles avaient porté se désorganisaient. Chez un deuxième malade opéré de phimosis, il y a eu gangrène des tissus. M. Bousquet se demande s'il ne doit pas attribuer ces accidents à des troubles trophiques produits par la cocaïne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 18 avril 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Pleurésie dans le stade roséolique de la syphilis. — MM. Chantemesse et Widal. L'existence de la pleurésie pendant l'évolution du stade roséolique de la syphilis ne paraît pas avoir encore été signalée. Cependant, au début de la période secondaire de la syphilis, il n'est pas rare de voir survenir, en même temps que de la fièvre, des poussées inflammatoires du côté des séreuses articulaires; des poussées semblables peuvent donc se produire du côté de la plèvre. Deux faits observés dans le service de M. Chantemesse à l'Hôtel-Dieu annexe sont absolument confirmatifs de cette opinion.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 29 ans qui fut prise au mois de septembre d'une éruption de roséole syphilitique généralisée. Elle entra dans le service le 29 janvier avec des plaques muqueuses de la gorge, des syphilides généralisées sur la plaie, des douleurs dans les

jointures et un double épanchement pleurétique peu abondant. Au mois de février elle eut une iritis syphilitique. La plèvre semble avoir retrouvé aujourd'hui son état normal.

Chez la seconde femme, âgée de 45 ans, les premiers accidents ont apparu au mois de janvier. Elle entre dans le service le 20 février. On constate une roséole syphilitique généralisée et des plaques muqueuses dans la bouche; on trouve en même temps une pleurésie sèche à la base du poumon gauche. Sous l'influence du traitement spécifique, les éruptions se sont effacées et les signes de pleurésie ont disparu.

Parmi les localisations de la syphilis secondaire, il faut donc admettre une pleurésie qui traduit une lésion de la séreuse de la même nature que celle des téguments muqueux, et cutanés.

M. Duponchel a observé à Bordeaux un certain nombre d'endocardites et de péricardites au cours de la première et de la deuxième période de la syphilis. Les unes et les autres ont bien guéri par le traitement mercuriel.

Œdème aigu ou suraigu du poumon dans les affections de l'aorte, les cardiopathies artérielles et les néphrites interstitielles. — M. Huchard. L'œdème aigu ou subaigu du poumon a été décrit d'abord par Laënnec; il diffère absolument par sa nature, ses symptômes, son pronostic, de l'œdème aigu qui a été observé pour la première fois par Andral dans le cours de maladies diverses. Andral a même distingué l'œdème aigu et l'œdème suraigu, ce dernier pouvant tuer en quelques minutes ou en quelques heures. Cette distinction clinique mérite d'être conservée.

Cette complication grave, qui peut devenir mortelle en quelques heures, est caractérisée par les symptômes suivants : dyspnée intense allant jusqu'à l'orthopnée, cyanose, refroidissement des extrémités, phénomènes d'asphyxie ; pluie de râles crépitants envahissant rapidement tout l'appareil pulmonaire, de la base au sommet ; expectoration abondante, albumineuse, le plus souvent d'aspect mousseux et de coloration rosée ; signes d'un emphysème qui accompagne presque toujours les crises d'œdème actif du poumon. Celui-ci survient surtout dans les cardiopathies artérielles, tandis que l'œdème passif est plutôt une complication fréquente des cardiopathies valvulaires.

L'œdème aigu du poumon arrive surtout dans les cardiopathies caractérisées par l'hypertension artérielle, et, chez la plupart des malades, on trouve le pouls plein, fort, l'impulsion cardiaque énergique, etc. Mais arrive un moment où le cœur devient rapidement insuffisant à sa tâche, et c'est ainsi que se manifeste une chute brusque de la tension artérielle. Dès lors, le malade, d'asphyxiant qu'il était, devient asystolique ; il s'agit ici d'une véritable asystolie aiguë qui se traduit par l'œdème des membres inférieurs pouvant survenir dans l'espace de quelques heures. Cet œdème périphérique aigu est à rapprocher de l'œdème aigu de l'appareil pulmonaire.

Ainsi, à côté de la mort *subite* assez fréquente, par syncope, dans les affections de l'aorte, il faut placer la mort *rapide* pouvant survenir dans les mêmes maladies par œdème aigu ou suraigu du poumon.

Un bon traitement doit s'appuyer sur une bonne pathogénie des accidents. Or, les avis sont partagés à ce dernier point de vue dans la question qui nous occupe.

La pathogénie de ce syndrôme est, à mon avis, la suivante :

L'œdème aigu du poumon survient dans toutes les maladies caractérisées par l'hypertension artérielle. Or, celle-ci, soumise parfois à des variations brusques et successives, devient une cause de fatigue du cœur gauche; la tension intra-aortique diminue, la tension pulmonaire augmente, et il en résulte alors une transsudation séreuse plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire.

On peut produire un œdème du poumon expérimental chez les animaux par des injections de muscarine qui ont encore pour effet, à dose toxique, de déterminer une dilatation considérable des cavités cardiaques. Comme l'atropine est la substance antagoniste de la muscarine, Grossmann a imaginé de la prescrire aux malades atteints d'œdème pulmonaire. Malheureusement cet auteur a confondu l'antagonisme physiologique et l'antagonisme thérapeutique. J'ai répété ses expériences et je n'ai pas eu à me louer de l'emploi de l'atropine dans ces cas. Du reste, on peut faire un grave reproche à ce médicament : il diminue ou entrave la diurèse dans une maladie où il faut toujours l'activer.

La thérapeutique n'est cependant pas désarmée. Il faut employer les injections de caféine à haute dose, les injections de strychnine (pour vaincre l'élément *bronchoplégique* qui survient assez rapidement et peut devenir fatal); les préparations de scille, l'application de ventouses, etc. Enfin, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une large saignée qui a pu conjurer dans certains cas des accidents d'ordinaire rapidement mortels.

Automatisme ambulatoire dans l'état de fascination. — M. Luys présente à la Société un malade qui a fait l'objet d'une communication de M. le professeur Proust à l'Académie des sciences morales et politiques et qui, à plusieurs reprises, a eu des crises d'automatisme ambulatoire.

Les crises ambulatoires qu'il a présentées ne doivent être considérées, en réalité, que comme un incident. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il rentre dans ce que M. Luys appelle, après Brémond, l'*état de fascination*, état caractérisé par les trois symptômes cardinaux suivants : 1° anesthésie ; 2° état cataleptique; 3° suggestionnabilité. Dès que l'on fixe ce malade, comme tous les malades de son espèce, ou qu'on lui fait regarder un objet brillant, il devient insensible, cataleptique et on peut le suggestionner à volonté.

M. Ballet ne voit aucune différence entre ce que M. Luys appelle *état de fascination* et ce que tout le monde connaît depuis environ dix ans sous la dénomination de *catalepsie*. On nous apporte un mot nouveau, mais non une chose nouvelle.

M. Luys. — La suggestionnabilité n'appartient pas du tout à l'état cataleptique. Vous ne pouvez pas donner une suggestion verbale au vrai cataleptique par cette raison qu'il n'entend pas, et s'il entend ce n'est plus un cataleptique. Ceci est pour moi une vérité absolue, hors de discussion, comme un dogme.

M. Ballet. Du moment que M. Luys se retranche derrière un dogme, je n'ai rien à lui répondre : mais pour nos collègues je rappellerai en deux mots que l'état cataleptique se réduit à ceci : ouverture des paupières, insensibilité et suggestionnabilité. Or, au point de vue sympto-

matique, je persiste à ne pas voir de différence entre cet état et ce que M. Luys appelle état de fascination.

Tremblement hystérique chez un homme. — M. Duponchel présente un militaire bien constitué, atteint d'un *tremblement hystérique* depuis l'âge de dix ans. On arrive, par élimination, à rattacher forcément ce tremblement à l'hystérie. Du reste, le sujet appartient à une famille de nerveux et on trouve sur lui quelques plaques d'anesthésie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 avril 1890. — Présidence de M. Lagneau.

M. le président Lagneau prononce l'éloge de M. le professeur Trélat, ancien président de la Société.

M. A. J. Martin. Il est difficile de discuter dans cette enceinte d'une manière suffisamment complète tous les problèmes que soulève la communication de M. Letulle. Notre savant et courageux collègue a surtout voulu montrer avec quel soin il s'était astreint à essayer les pratiques de l'antisepsie médicale dans le service hospitalier qui lui était confié.

Cette communication montre surtout les progrès que l'hygiène a faits auprès des médecins. M. Martin fait à ce propos une digression historique des plus curieuses et nous montre les précautions prises par nos confrères lorsqu'ils visitaient des malades atteints d'affections contagieuses en 1619 et en 1721.

Les médecins ne sont pas les maîtres d'appliquer dans leur service telle ou telle mesure prophylactique; les Commissions administratives en France sont très soucieuses de leurs deniers. Il faut assurément faire une exception pour l'assistance publique à Paris et à Lyon. Notre secrétaire général, dans ses remarquables feuilletons sur cet idéal. département de Sambre-et-Loire que vient de publier la *France médicale*, a d'ailleurs montré à quel point en étaient beaucoup d'hôpitaux de province. De son côté M. Martin cite quelques exemples des plus probants derrière lesquels il serait facile de mettre des noms.

L'ingérence de l'Etat ne serait jamais mieux justifiée que dans des faits de ce genre.

Des petits logements parisiens. — M. E. Cacheux fait une communication sur l'état actuel des habitations ouvrières parisiennes.

M. Lagneau. M. Cacheux nous a donné de très intéressants détails sur la mortalité d'après les étages; il y a assurément l'influence du logement, mais il y a également l'influence de la position sociale.

M. Cacheux. La mortalité dans les divers arrondissements de Paris est en effet en rapport avec le nombre des logements au-dessus de 500 qui existent dans ces arrondissements.

Hygiène professionnelle des porcelainiers. — M. Duchesne fait sur ce sujet une communication et passe en revue les diverses phases de l'industrie des porcelainiers.

De la non identité de la diphtérie humaine et de la diphthérie des oiseaux. — M. Yves Ménard. Le bruit court que des enfants auraient contracté la diphthérie au jardin d'acclimatation près de certains oiseaux. Un enfant d'une famille connue fut atteint de croup quelque temps après avoir été au jardin d'acclimatation; d'où le bruit qui s'est répandu. On sait qu'il existe parfois au jardin d'acclimatation la diphthérie des oiseaux; cette diphthérie est caractérisée par un exsudat épais, caséeux qui s'accumule dans la bouche, dans la gorge, dans les fosses nasales et dans les paupières, mais elle est absolument différente de la diphthérie de l'homme. Pendant les dix-sept ans que M. Ménard a passés comme directeur-adjoint du jardin d'acclimatation, il a vu des milliers d'oiseaux atteints de diphthérie sans observer jamais de transmission de la diphthérie à l'homme. D'autre part les études bactériologiques montrent que les deux maladies sont dues à des microbes absolument différents l'un de l'autre.

Au jardin d'acclimatation où divers employés ont plusieurs enfants, on n'a jamais constaté de cas de transmission de la diphthérie. Aux Halles centrales plusieurs individus sont constamment employés à gaver des pigeons; ces pigeons ont souvent la diphthérie: il ne semble pas que les hommes l'aient jamais contractée.

M. Treille. Dans les vaisseaux, les volailles emportées pour la nourriture de l'équipage deviennent au bout de quelque temps très maigres et contractent fréquemment la diphthérie; on les mange et cependant la diphthérie est inconnue dans la marine.

La séance est levée à 10 heures et demie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 avril 1890. — Présidence de M. Hardy.

Dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales. — M. Hallopeau présente un jeune homme de 17 ans qui, depuis l'âge de 6 semaines, a eu une série de bulles suivies de la production de cicatrices: ces poussées se produisaient sans douleurs, sans prurit et sans réaction fébrile; elles étaient souvent provoquées par des violences extérieures. Les cicatrices occupent le tronc et les membres; quelques éléments développés au niveau de la matrice des ongles ont produit de l'onychogrypose. Au niveau d'un certain nombre de cicatrices, il s'est formé de petites saillies miliaires constituées par des amas de cellules épithéliales au milieu desquelles on peut constater l'existence du conduit excréteur d'une glande sudoripare.

M. E. Besnier a observé quelques faits semblables, mais moins accentués que le cas de M. Hallopeau. Ces faits ont été confondus avec le pemphigus, mais ils n'ont pas été décrits à part par les auteurs et n'ont pas reçu de nom: ce processus paraît d'ailleurs appartenir à une série de lésions différentes et ne pas caractériser une maladie spéciale. Le cas de M. Hallopeau ne peut être considéré comme une maladie congénitale, car les premiers symptômes datent seulement de l'âge de 6 semaines.

Hémiplégie et hémiatrophie linguale droites chez un syphilitique. — M. Ch. Mauriac a eu l'occasion d'observer chez un homme de 40 ans, syphilitique depuis quatorze ans, une hémiplégie avec hémiatrophie linguale droite

très prononcée A la suite de quelques accidents cérébraux mal déterminés survint presque subitement de la gêne de la parole puis au bout de quelque temps parut une paralysie des membres droits. Ces derniers symptômes disparurent sous l'influence d'un traitement spécifique intensif, mais il resta une asymétrie notable de la langue et au bout de quelque temps il se produisit une parésie du moteur oculaire commun du côté droit. Le malade ne présente pas d'incoordination motrice ni d'autres signes de tabes, affection dans laquelle l'hémiatrophie linguale a été signalée par MM. Charcot et Ballet.

Il faut donc rapporter ces symptômes à la syphilis, où Failrie Clarke et R Leudet l'ont décrite.

Quant au siège des lésions centrales qui lui ont donné naisance, l'observation clinique ne permet pas de se prononcer sur ce point : cependant on peut admettre l'existence d'un syphilome de la base du cerveau, qui a dû intéresser à la fois le noyau de l'hypoglosse et la capsule interne.

Deux cas de lichen ruber plan (lichen de Wilson). — M. H. Feulard présente deux malades atteints de lichen plan : chez l'un (femme de 69 ans), l'éruption présente les caractères du lichen plan typique sur le dos des mains et ceux du lichen verruqueux corné sur les jambes ; chez l'autre, elle correspond à ce que l'on a décrit sous le nom de lichen plan miliaire aigu. Chez ces deux malades on trouve les léstons buccales caractéristiques du lichen plan, ce qui montre bien qu'il s'agit, malgré la différence dans le mode d'éruption, d'une seule et même affection. Chez les deux malades aussi, l'éruption présente à première vue un aspect vésiculeux très remarquable, dû à l'état brillant des papules. Enfin, chez tous deux on trouve les conditions étiologiques qui président habituellement au développement du lichen de Wilson : le nervosisme et l'arthritisme.

Vaccine gangréneuse au cours d'une syphilis maligne précoce. — M. Balzer, chez une femme de 23 ans, strumeuse, atteinte d'une syphilis maligne précoce, a vu survenir quelques jours après la vaccination et à la place de la pustule vaccinale, une eschare qui atteignit bientôt les dimensions d'une pièce de 2 francs et finalement celles d'une de 5 francs ; l'éliminàtion ne se fit qu'au bout de trois mois et demi, et seulement après l'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses ; elle laissa une ulcération qui mit encore quinze jours à se cicatriser. Il ne croit pas qu'il faille attribuer cette complication de la vaccine uniquement à la syphilis elle-même, ou à la qualité du vaccin, car sur un certain nombre de malades vaccinées le même jour, celle-ci a seule présenté ces phénomènes : il les croit dus à l'introduction tout à fait fortuite de microbes septiques au moment de l'inoculation ; mais le terrain sur lequel ils sont tombés (scrofulo-tuberculose, blennorrhagie, syphilis maligne) a certainement favorisé leur développement.

M. Du Castel, comme M. Balzer, croit qu'il s'agit d'un fait absolument exceptionnel, et que, en dehors de la syphilis, il faut admettre une cause indéterminée pour expliquer sa gravité.

M. Mauriac ne partage pas tout à fait l'avis de MM. Balzer et du Castel : chez les sujets atteints de syphilides malignes, les plus petites lésions deviennent ulcéreuses et gangréneuses. Aussi croit-il qu'il faut s'abstenir de la vaccination et de la revaccination chez ceux qui sont atteints de syphilides malignes.

Syphilide de la lèvre simulant le lupus érythémateux. — M. A. Fournier a eu l'occasion d'observer chez une jeune femme de 26 ans une lésion de la lèvre inférieure, portant á la fois sur une nappe lisse, érythémato-papuleuse très légèrement saillante, nettement délimitée avec un certain degré d'infiltration superficielle du derme : cette lésion présentait tous les caractères objectifs du lupus érythémateux de Cazenave, elle en avait aussi l'évolution indolente et chronique. A quelque temps de là, cette jeune femme fut atteinte d'une kératite interstitielle que M. Abadie, se basant sur des antéédents paternels de lui connus, considéra et traita comme une manifestation hérédo-syphilitique : sous l'influence du traitement spécifique, la lésion de la lèvre disparut rapidement ainsi que la kératite. Ce fait est intéressant, en premier lieu en raison de l'apparence.

Difficultés du diagnostic du chancre syphilitique. — M. Morel-Lavallée a vu un chancre, suivi d'une roséole très nette, presque confluente, évoluer sans présenter ni induration, ni adénopathie.

MM. Fournier et Mauriac ont vu, dans un certain nombre de cas, l'induration ne survenir que tardivement, au bout de huit à dix jours, et même plusieurs semaines. Ce sont des chancres dont l'évolution se fait en quelque sorte en deux temps.

M. Verchère a observé un cas semblable chez un malade sujet à l'herpès génital. A ce propos, M. Fournier fait remarquer que l'herpès peut précéder le chancre *in situ*, c'est là une cause d'erreur qu'il faut éviter : il ne faut pas prendre l'herpès prémonitoire pour le chancre lui-même.

Intoxication par l'iodoforme. — M. Burlureaux signale la réaction de la salive sur le calomel comme moyen de diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme.

Il se fait un iodure jaune de mercure facilement reconnaissable ; la réaction est très sensible.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté en date du 7 mars 1890, M. le Dr Talamon, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de la maison de retraite de La Rochefoucauld.

L'hôpital Boucicaut. — On est aujourd'hui définitivement fixé sur l'emplacement où l'on compte construire un nouvel hôpital avec le produit du legs fait par Mme Boucicaut. Cet emplacement est situé au milieu du XVe arrondissement, entre la rue Lourmel, la rue des Cévennes et la rue de Vouillé projetée.

Une enquête a été ouverte lundi dernier, 21 avril, sur le projet d'acquisition de ce terrain.

Hôpital Saint-Louis. — Dans sa séance du jeudi 17 avril, le Conseil municipal de Paris a, sur la propsition de M. Faillet, voté au Dr Quinquaud une allocution de 2,500 fr. pour encourager le développement de son laboratoire de l'hôpital Saint-Louis. Cette allocution permettra à M. Quinquaud de s'adjoindre un aide qui sera payé 1,500 fr. par an.

Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 25 avril, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Le mardi, leçon au lit des malades (9 heures 1/2). Le vendredi, leçon à l'amphithéâtre (10 heures).

Hopital Trousseau. — Le Conseil municipal a approuvé la construction d'un service de douteux à l'hôpital Trousseau.

Hospice intercommunal de Fontenay-sous-Bois. — Le préfet de la Seine a posé dimanche la première pierre de l'hospice intercommunal des communes de Fontenay-sous-Bois, Vincennes et Montreuil.

L'établissement comporte uae dépense totale de 300,000 fr. y compris la somme de 50,000 fr. environ pour l'acquisition d'un terrain de 12,000 mètres, sur lequel il sera édifié.

Chacune des communes intéressées participera à la dépense de construction, comme aux dépenses d'entretien, au prorata du nombre des lits qu'elles ont demandé pour placer leurs vieillards et dont le nombre s'élève aujourd'hui, au total, à 70. L'hospice est disposé de telle sorte qu'il pourra ultérieurement contenir 140 lits.

Les services généraux seront dès le début organisés dans cette prévision ; le prix de revient du lit ne dépassera pas 4,000 fr.

Les sœurs dans les hôpitaux. — Par 49 voix contre 12 sur 61 votants, le conseil passe à l'ordre du jour pur et simple sur un ordre du jour déposé par M. G. Berry tendant à la réintégration des sœurs dans les hôpitaux.

Bureaux de bienfaisance. — Le Conseil municipal a ouvert, il y a quelques temps, un concours avec primes pour les meilleurs projets de réorganisation des bureaux de bienfaisance. Il a été déposé 46 mémoires.

Le jury se compose de MM. Strauss, Pétrot, Faillot, Dubois, Navarre et Cattiaux (élus par le Conseil municipal); Sigismond Lacroix, Lampué et Lucipia (élus par les concurrents); Peyron et Ménan (membres de droit); et de M. Millard (élu par les médecins des hôpitaux).

Banquet de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Vendredi dernier avait lieu dans les salons de l'Hôtel Continental le banquet annuel de la Société de médecine publique. Dans les toasts qui ont eu lieu à la fin du banquet, M. Constans, ministre de l'intérieur, répondant au président, M. Lagneau, s'est engagé à s'occuper aussi activement de l'hygiène publique qu'il s'est occupé dans des circonstances récentes d'hygiène politique, et a montré tous les services que les préfets, les sous-préfets, les instituteurs et les maires pouvaient rendre dans la répression des épidémies.

M. Brouardel se félicite de voir le ministre de l'intérieur se mettre à la tête du mouvement hygiénique et compte sur sa bonne volonté et sa haute protection pour faire aboutir certaines questions toujours pendantes et pourtant toujours urgentes.

M. le Secrétaire général Napias, dans un toast comme il sait si bien les faire, rappelle en quelques mots les travaux de la Société et boit à la santé de la presse, cette heureuse auxiliaire des questions hygiéniques qui ne nous ménage jamais son appui.

Nous ne saurions citer les nombreuses personnalités politiques et scientifiques qui assistaient à ce banquet; nommons au passage, MM. A. Carnot, Dujardin-Baumetz, Treille, Rochard, Henri Monod, Chauveau, Lépine, Landouzy, etc., etc.

Quant au menu du banquet, il nous suffit pour en faire l'éloge de dire qu'il était l'œuvre du Dr Philbert.

Médecin empoisonneur. — On mande d'Oporto que le Dr Urbino Pheitas, professeur à l'Ecole de médecine, vient d'être arrêté sous l'inculpation d'avoir empoisonné son beau-frère et son neveu, qui sont morts, et d'avoir tenté d'empoisonner les autres membres de sa famille.

Ces crimes auraient été commis pour arriver à posséder un héritage.

Conseils généraux. — Le Dr Guillon a été, dimanche dernier, élu Conseiller général du canton de Vouillé (Vienne).

Les pharmaciens-médecins. — Le ministre du commerce vient d'être saisi d'un cas curieux que soulève l'application de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Les pharmaciens munis du diplôme de docteurs en médecine ou d'officiers de santé, qui sont au nombre de 150 environ pour toute la France, ont résolu de se constituer en un syndicat professionnel distinct de celui des pharmaciens ordinaires qui est déjà établi.

Ils avaient fait, suivant les prescriptions de la loi de 1884, une déclaration à la préfecture de la Seine dans laquelle ils faisaient connaître qu'ils se constituaient en syndicat professionnel prenant la dénomination d'*Institut scientifique des pharmaciens-médecins*.

Après examen, la préfecture a répondu qu'elle ne pouvait recevoir la déclaration, la cour de cassation ayant, par un arrêt récent, refusé aux médecins le bénéfice de la loi sur les syndicats professionnels, qui ne s'applique pas, suivant elle, aux professions libérales.

Les pharmaciens-médecins ont alors porté la question à M. Jules Roche, ministre du commerce.

En l'absence de ce dernier, qui est actuellement dans l'Ardèche, le chef du cabinet a transmis aux délégués des pharmaciens-médecins la réponse ministérielle.

M. Jules Roche est d'avis que la loi sur les syndicats professionnels doit être appliquée de la manière la plus large et la plus libérale ; mais il ne peut aller à l'encontre de la jurisprudence de la cour de cassation. Il appuiera la proposition émanant de l'initiative parlementaire qui a été soumise à la Chambre et qui tend à généraliser la loi du 21 mars 1884 en l'appliquant même aux carrières libérales Mais actuellement il ne peut rien faire de plus.

En cet état les pharmaciens vont s'organiser en syndicat professionnel sous un titre qui tout en rappelant les diplômes dont ils sont possesseurs, ne constituera pas un obstacle à l'organisation du syndicat et qui par suite sera accepté par l'administration.

Conserves fumées. — Gobillard est allé consulter un oculiste.

— Bassinez-vous la partie malade avec de l'eau de roses, et ne sortez qu'avec des « conserves fumées » ! Vous savez ce que c'est ? ajoute le praticien.

— Parfaitement.

Depuis ce temps-là, Gobillard ne sort plus qu'avec un jambon sous chaque bras.

Nécrologie. — Le Dr Gignoux (Gabriel) de Lyon, reçu en

1875. — Le Dr Gaudin, de Bastia. — Le Dr Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain (Belgique). — Le Dr Perrier, Conseiller général du canton de Valleraugues (Gard), décédé à l'âge de 70 ans.

Hopital du Midi et hopital de Lourcine. — MM. les Drs Mauriac, du Castel Humbert, de Beurmann et Pozzi, médecins et chirurgiens de ces deux hôpitaux, reprendront leurs conférences cliniques le mercredi 30 avril, à 9 heures 1/2 du matin.

La première conférence aura lieu à l'hôpital du Midi, la deuxième à l'hôpital de Lourcine et les autres alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Asile Saint-Anne. — Clinique des maladies mentales. — Professeur : M. Ball. M. le professeur Ball reprendra le Cours de clinique des maladies mentales le dimanche 20 avril 1890 à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AVIS AUX EDITEURS. — Tout ouvrage dont il sera envoyé un exemplaire sera annoncé.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, par le Dr Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, membre de la Société obstétricale. Un vol. in-12 de 224 pages avec 50 figures dans le texte. Paris, 1890, Maloine, éditeur. Prix 3 fr. 50.

L'auteur a réuni dans un petit volume toute la thérapeutique de la stérilité, chez la femme.

Cette thérapeutique, plus chirurgicale que médicale, plutôt locale que générale, est décrite d'après l'étiologie.

M. Lutaud attribue la stérilité à cinq causes principales :

La *stérilité par inaptitude à la copulation* (vaginisme, persistance de l'hymen, etc).

La stérilité par *obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus* (atrésies du col, anomalies de conformation, déplacements utérins, etc.).

La stérilité résultant de la *non rétention du sperme ou de la destruction de l'œuf dans l'utérus* (endométrites, états morbides intra-utérins, etc).

La stérilité par *inaptitude à l'ovulation et à l'incubation* (maladies de l'ovaire, etc.).

Enfin, M. Lutaud admet une *stérilité de cause constitutionnelle et diathésique*. Dans ce chapitre l'auteur fait rentrer la syphilis, la scrofule, l'obésité et certaines intoxications (alcoolisme, morphinomanie), dont l'action sur l'appareil utéro-ovarien est manifeste.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'auteur s'attache surtout au traitement des atrésies du col. On trouvera donc dans le livre toutes les méthodes opératoires récemment introduites dans la thérapeutique et s'appliquant au traitement du vaginisme, de l'atrésie ou sténose utérine, les méthodes de dilatation, de discision ; l'application des pessaires au traitement de la stérilité.

Dans un chapitre très original intitulé : *La physiologie du coït ; les postures*, l'auteur donne d'intéressants détails sur l'acte initial de la fécondation, sur les différentes positions du col utérin pendant le coït, des fausses routes vaginales, etc. C'est un chapitre délicat que M. Lutaud nous semble avoir traité sans pédantisme, mais en conservan cependant le caractère de dignité que le médecin ne doit jamais abandonner.

Enfin, le dernier chapitre, qui est consacré à la fécondation artificielle, contient une statistique intéressante sur les résultats qu'on peut obtenir de cette opération.

Nous pensons que tous les médecins qui s'intéressent aux délicates questions soulevées par l'étude de la stérilité chez la femme consulteront ce petit livre qui résume fort bien l'état actuel de la science sur ce point.

L. B.

Les épilepies et les épileptiques, par Ch. Feré, médecin de Bicêtre, 1 vol. in-8° avec 67 gravures dans le texte et 12 planches hors texte, 20 fr. (Félix Alcan, éditeur).

L'épilepsie ne peut plus être aujourd'hui considérée comme une névrose autonome. Les troubles décrits sous ce nom présentent des variétés nombreuses, la clinique et l'anatomie pathologique ont montré que ces troubles étaient sous la dépendance de conditions physiologiques ou anatomiques multiples.

Ils prennent une forme aiguë ou chronique suivant le caractère accidentel ou permanent de ces conditions, sans modification fondamentale dans leur forme. M. Féré a étudié tous ces cas, en suivant les méthodes de la physiologie expérimentale ; nous citerons particulièrement les études relatives aux phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxymes et qui constituent les éléments de la stupeur et de la démence.

De ces études méthodiques il a tiré nombre d'indications thérapeutiques et hygiéniques. Le traitement ne remplit pas moins de six chapitres où figurent en particulier les récents résultats de l'intervention chirurgicale. L'auteur base l'expertise médico-légale, exclusivement sur les phénomènes physiques, et, au point de vue social, il applique aux épileptiques le principe d'utilité qu'il a déjà défendu dans un autre travail.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing*. — Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipe pas*.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puisssant reconstituant.

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.